UNIVERSIDAD DE CHILE

POLICY • BRIEF

Octubre / **2025**

Rehabilitación en personas tras un ataque cerebrovascular (ACV):
Hacia dónde debemos avanzar

POLICY • BRIEF

Rehabilitación en personas tras un ataque cerebrovascular (ACV): Hacia dónde debemos avanzar

Lilian Toledo-Rodríguez, Departamento de Fonoaudiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Departamento de Neurología-Neurocirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile

Michelle Casanova-Román, Servicio de Neurología-Neurocirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, Escuela de Fonoaudiología, Universidad Mayor

Evelyn Álvarez-Espinoza, Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Carolina Delgado-Derio, Unidad de Cerebro Saludable, Departamento de Neurología y Neurocirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile

Jaime Vallejos-González, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Departamento de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile

Daniel Larenas-Rosa, Departamento de Fonoaudiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Gonzalo Rivera-Lillo, Departamento de Kinesiología, Departamento de Neurociencia, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Hachi Manzur Valdivia, Departamento de Neurología y Neurocirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile

Christian Salas-Riquelme, Unidad de Neuropsicología Clínica, Centro de Estudios en Neurociencia Humana y Neuropsicología, Facultad Psicología, Universidad Diego Portales

1. RESUMEN EJECUTIVO

El ataque cerebrovascular (ACV) representa una de las principales causas de muerte y discapacidad a nivel mundial y en Chile. En el país, son la segunda causa de muerte y la primera de hospitalización en mayores de 65 años. Dentro de las secuelas de los ACV se encuentran la discapacidad física, las alteraciones de la comunicación, la deglución y la alimentación, cambios en la forma de pensar, sentir y actuar, además de la pérdida de trabajo, ingresos, autonomía, independencia, redes sociales y calidad de vida.

La rehabilitación se considera un pilar fundamental para la recuperación funcional y la integración social de los sobrevivientes. Sin embargo, Chile enfrenta barreras significativas, entre ellas la ausencia de una guía clínica nacional que estandarice las intervenciones de rehabilitación post-ACV, lo que provoca prácticas clínicas heterogéneas y desiguales entre establecimientos de salud. A esto se suma la falta de recursos y falta de preparación especializada del personal de salud. Por ello, se debe reconocer la rehabilitación como una inversión clave en salud pública, justificando los costos a través de sus beneficios a largo plazo en calidad de vida y ahorro en cuidados de salud.

Chile ha implementado iniciativas como las Garantías Explícitas en Salud (GES) y modelos de rehabilitación en la Atención Primaria de Salud (APS) con enfoque comunitario. Sin embargo, estas medidas han sido limitadas en su alcance y efectividad, ya que se concentran principalmente en la etapa aguda del ACV y no abordan de forma sostenida las necesidades crónicas de

las personas afectadas. Actualmente, los servicios de rehabilitación post-ACV se caracterizan por una marcada heterogeneidad en su disponibilidad, cobertura y enfoque terapéutico, lo que genera inequidades en la atención y resultados dispares entre territorios y centros de salud. Esta falta de lineamientos clínicos unificados dificulta una atención integral y coordinada que responda a la complejidad del daño neurológico y sus consecuencias funcionales.

En este contexto, se proponen una serie de recomendaciones que buscan mejorar el acceso oportuno y la continuidad de atención en rehabilitación: i) garantizar el inicio de la rehabilitación dentro de las primeras 24 horas desde el evento agudo y continuar con atención ambulatoria supervisada por equipos interdisciplinarios; ii) incorporar Unidades de Tratamiento en Ataque Cerebrovascular (UTAC) para ofrecer rehabilitación precoz e intensiva; iii) implementar planes de alta que incluyan visitas domiciliarias para garantizar seguridad y acceso a ayudas técnicas; iv) facilitar el retorno a la comunidad mediante educación en autogestión, evaluación para reincorporación laboral, apoyo psicosocial y en sexualidad.

En relación con la efectividad y calidad, se recomienda: i) proporcionar rehabilitación intensiva, en la etapa aguda, de al menos 3 horas diarias, 5 días a la semana y adaptada a las necesidades individuales; ii) integrar estrategias para abordar impedimentos motores, cognitivos, sensoriales, de salud mental, y en actividades de la vida diaria; iii) utilizar tecnología y telerehabilitación para superar barreras geográficas y de recursos; iv) avanzar en la protocolización de evaluaciones y mejores prácticas terapéuticas basadas en evidencia.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ataque cerebrovascular (ACV) es una enfermedad no transmisible que se produce cuando se interrumpe el suministro de sangre al cerebro, lo que provoca falta de oxígeno, daño cerebral y pérdida de funciones (NCD Alliance, 2022).

El ACV constituye una de las principales causas de muerte a nivel mundial, se estima que, globalmente, cada año ocurren cerca de 15 millones de casos. Se observa una incidencia estable en los países de altos ingresos, mientras que, en los de ingresos bajos y medios, ésta se encuentra en aumento (NCD Alliance, 2022).

En Chile, son la segunda causa de muerte y la primera causa de hospitalización en personas mayores de 65 años. La incidencia en el país es alta, con una tasa de 122 por cada 100.000 habitantes (Lavados et al., 2021). El año 2023, se reportaron 34.413 egresos hospitalarios por ACV (es decir, 3 casos por hora (DEIS, 2023). Además de su impacto en la mortalidad, representan la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos (AVPP), lo que indica una carga significativa en discapacidad y pérdida de calidad de vida (Bächler et al., 2017).

El ACV es altamente prevenible y tratable. Se estima que hasta un 90% de los casos están relacionados con factores de riesgo modificables que incluyen: hipertensión, consumo de tabaco y alcohol, inactividad física, dieta poco saludable y contaminación del aire (O'Donnell et al., 2010).

Los ACVs pueden provocar daños duraderos, como parálisis parcial o total, déficits sensitivos y perceptuales, visuales, dificultades con el habla, lenguaje y la memoria/cognición (Teasell & Mbbs, 2018b). La extensión y la ubicación del daño determinan la gravedad del ACV, que puede variar de mínima a catastrófica. Las secuelas deben ser abordadas en forma integral e interdisciplinaria con el objeto de: i) evitar el aumento del déficit neurológico; ii) disminuir incidencia de complicaciones prevenibles y tiempos de hospitalización; iii) apoyar e integrar al paciente y su familia en el tratamiento; iv) optimizar la recuperación funcional y favorecer la reintegración social/laboral (Teasell & Mbbs, 2018a). Lo anterior, no sólo impacta positivamente en la calidad de vida de las personas y su entorno familiar, además reduce costos económicos y sociales. Por estas razones, la rehabilitación se posiciona como una prioridad de salud pública en varios países, que han establecido guías clínicas detalladas, y que la reconocen como un componente esencial asociado a los servicios de salud de calidad que debe integrarse bajo un enfoque multiprofesional.

Pese a sus beneficios, el acceso a rehabilitación presenta una serie de barreras entre las que destacan: recursos limitados, carencia de directrices uniformes en la forma de proveer servicios de rehabilitación basados en evidencia, ausencia de preparación especializada del personal, entre otras. Si bien se han realizado distintos esfuerzos por avanzar en estos aspectos en nuestro país, aún es insuficiente y variable, estando por debajo de los estándares que internacionalmente suelen recomendarse (Crow & Smith, 2023; Mountain et al., 2020; NICE, 2023; Stroke Foundation, 2021). Otro de los problemas radica en la fragmentación y escasa coordinación de los servicios de rehabilitación, lo que puede generar discontinuidad en la atención, por otro lado, la oferta de rehabilitación se concentra en centros urbanos, dejando con menor cobertura a quienes residen en zonas rurales o alejadas, donde el acceso a los profesionales es limitado. Otro

Fotografía: Se observa a un equipo de profesionales de la salud discutiendo y evaluando el procedimiento para la atención médica.

elemento crítico es la ausencia de guías de práctica clínica específicas, actualizadas y contextualizadas al sistema de salud chileno. En relación con los costos, se deben considerar los gastos en salud, la posibilidad de quedar desempleados o con trabajos peor pagados, necesidad de un cuidador, entre otros (Albrecht et al., 2016; Edwards et al., 2018; Vyas et al., 2016). Se ha estimado que los costos médicos, entre los cuales se incluye la rehabilitación varían entre USD 1.800 - 325.000 (costos directos 86,2% y costos indirectos 13,8%) (Rochmah et al., 2021), según reportes internacionales.

Los objetivos del presente policy brief son: i) analizar y relevar las políticas públicas nacionales e internacionales relacionadas con rehabilitación tras un ACV, para identificar cómo las intervenciones de rehabilitación pueden mejorar la calidad, accesibilidad y eficacia de los servicios de salud para las personas; ii) proporcionar recomendaciones concretas orientadas a fortalecer las políticas públicas nacionales en torno a la rehabilitación post ACV apoyando así a las autoridades sanitarias y líderes del sistemas de salud; y iii) contribuir al desarrollo de una guía clínica nacional, útil para la toma de decisiones en planificación sanitaria y que incorpore un enfoque interdisciplinario que considere aspectos físicos, cognitivos y psicosociales.

3. ANTECEDENTES Y ANÁLISIS DE LA POLÍTICA PÚBLICA

A nivel internacional se han establecido guías clínicas detalladas e inclusive especializadas en las distintas necesidades de rehabilitación de una persona tras el ACV. Ejemplo de ello son *The Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery de la American Heart Association/American Stroke Association* (AHA/ASA) el 2016 (Winstein et al., 2016), *the Canadian Stroke Best Practice, Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke (Mountain et al., 2020; Teasell et al., 2020), la Australian and New Zealand Clinical Guidelines for Stroke Management* el 2022 (Stroke Foundation, n.d., 2021), *Guideline for stroke rehabilitation in adults del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y The National clinical guideline for stroke* en el Reino Unido e Irlanda el 2023 (NICE, 2023). Todas permiten orientar sobre los lineamientos y mejores prácticas basadas en la evidencia disponible para proporcionar los servicios de rehabilitación.

Las principales recomendaciones en rehabilitación tras un ACV incluyen iniciar la terapia en forma precoz, idealmente dentro de las primeras 48 horas. Se debe garantizar una intensidad mínima de tres horas diarias de terapia supervisada por un equipo interdisciplinario, adaptada a las necesidades y metas individuales del paciente. Los programas deben ser personalizados y combinados con actividades funcionales prácticas en la rutina diaria. Se recomienda el uso de tecnología y tele-rehabilitación para mejorar el acceso a servicios, especialmente en áreas con limitaciones de recursos. Los equipos deben incluir profesionales en kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología y psicología. Además, es relevante la educación a pacientes y cuidadores para garantizar la adherencia al proceso de recuperación y mejorar los resultados funcionales y la calidad de vida (Crow & Smith, 2023).

En Chile, se han implementado distintas estrategias con el fin de reducir la morbi-mortalidad de las enfermedades cerebrovasculares, dentro de las cuales se han hecho esfuerzos por proporcionar algunos lineamientos relacionados con la rehabilitación tras el ACV, que se detallan a continuación:

En el año 2006, se incorporó el ACV isquémico y la hemorragia subaracnoidea secundaria a rotura de aneurismas cerebrales (HSA) al Régimen de Garantías Explícitas en Salud (MINSAL, 2013b, 2013c). Para ambas GES, la garantía de acceso a tratamiento se asegura tras la confirmación diagnóstica, incluyendo

la hospitalización y rehabilitación en un prestador con capacidad resolutiva. El tratamiento considera acceso a rehabilitación y seguimiento, y en el caso de los menores de 65 años, el acceso a ayudas técnicas y atención de rehabilitación para uso, según indicación médica. Desde la garantía de oportunidad, la rehabilitación en tratamiento hospitalizado se debe iniciar dentro de 48 horas desde la indicación médica y la rehabilitación ambulatoria dentro de 15 días desde la indicación médica. La entrega de bastón, cojín o colchón para menores de 65 años (MINSAL, 2013c), se debe realizar dentro de 20 días desde la indicación médica y la entrega de sillas de ruedas para menores de 65 años dentro de 30 días desde la indicación. En relación con la protección financiera, la rehabilitación en tratamiento hospitalizado cuenta con un arancel definido por el tratamiento completo, la rehabilitación ambulatoria con un arancel definido a nivel mensual, y la atención de rehabilitación para uso de ayudas técnicas, con aranceles definidos por cada vez que sean necesarias. Todas cuentan con un copago de un 20% sobre el valor del arancel.

Se publican las guías clínicas de las patologías incluidas en los GES N° 37 y 42 (MINSAL, 2013b, 2013c). Cada guía establece los cursos de acción específicos que se deben seguir para el abordaje. Para la garantía n° 37 se cuenta con la Guía Clínica Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 años y más, del año 2013, junto a una actualización de recomendaciones introducidas el 2018 (MINSAL, 2018b). En esta última, se entregan recomendaciones generales vinculadas con la carga de rehabilitación, y específicas para evaluación deglutoria y terapia motora.

Por otra parte, para la garantía N° 42 se cuenta con la Guía Clínica Hemorragia subaracnoidea debida a rotura de aneurismas cerebrales del 2017. Una de las dos recomendaciones categorizadas como buena práctica clínica bajo el sistema de recomendación GRADE consta en realizar un plan de neurorehabilitación precoz (dentro de los 15 días post diagnóstico). En el mismo sentido, la Orientación Técnica para la atención integral del ACV hemorrágico del año 2019, indica que todos los pacientes con hemorragia intracerebral deben acceder a rehabilitación multidisciplinaria precoz. Si bien, se puede reconocer que en los instrumentos de política pública mencionados anteriormente se enuncian recomendaciones relacionadas a los procesos de rehabilitación de la persona con ACV, estas son escasas, muy generales y se enfocan principalmente en la evaluación y diagnóstico durante etapas tempranas, en contextos de hospitalización.

El 2014 se elabora el plan de Acción ACV, desarrollándose el Código ACV (Ministerio de Salud, 2014). Posteriormente, en el 2020 se presentó el modelo de gestión de la red neurológica en la atención de las personas con ataque cerebrovascular (MINSAL, 2020). Dentro de este modelo, la rehabilitación forma parte tanto del manejo del evento agudo en la atención hospitalaria como en el seguimiento tras el alta en la atención ambulatoria. En este último caso los servicios de Atención Primaria de Salud (APS) cumplen un rol fundamental (MINSAL, 2021).

Las personas que sufren un ACV reciben cuidados médicos y de rehabilitación en distintos niveles del sistema de salud, los cuales interactúan entre ellos por medio de un sistema de referencia y contrarreferencia: terciario (hospitalización y Servicios de Medicina Física y Rehabilitación, SMF&R), secundario (Centros de Referencia en Salud, CRS) y primario (Centros Comunitarios de Rehabilitación, CCR) y Salas de Rehabilitación Comunitaria (SRC). En general, los SMF&R se conforman con un equipo multidisciplinario (fisiatría, fonoaudiología, kinesiología, terapia ocupacional, neuropsicología clínica) el cual evalúa y diseña intervenciones desde la etapa aguda hasta el seguimiento ambulatorio. De acuerdo al Plan de Rehabilitación 2030 y la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), los SMF&R son dispositivos claves para mejorar la capacidad funcional de los sobrevivientes de un ACV y promover la integración comunitaria.

Luego del alta hospitalaria, las personas con ACV son derivadas a la APS (MINSAL, 2021). Desde el año 2006, el MINSAL ha impulsado en APS una Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) (MINSAL, 2010). El objetivo central de la RBC es la inclusión en la comunidad y la transferencia de conocimiento a las personas con discapacidad, familias y miembros de la comunidad (INRPAC, 2005). Los dispositivos de salud centrales de la RBC son los CCR (MINSAL, 2010) y las SRC. Ambos dispositivos se conforman por una dupla de Terapia Ocupacional y Kinesiología. Las personas con ACV son una de las poblaciones claves para las que han sido diseñados estos dos dispositivos. Existen actualmente 285 SRCs, logrando una cobertura nacional de un 49% de los CESFAM (MINSAL, 2022). La RBC se ha definido como una tecnología de rehabilitación que no requiere personal o tecnología especializada (INRPAC, 2005), lo cual ha generado una importante limitación técnica para abordar las complejas necesidades de esta población. Actualmente los CCR/SRC tienen un fuerte componente interventivo en el ámbito motor, pero no consideran el abordaje de alteraciones cognitivas y conductuales. (MINSAL, 2010, 2022), En resumen, se evidencia una falta de competencias técnicas de profesionales que trabajan en RBC para abordar las dificultades cognitivas y conductuales de personas con lesiones cerebrales adquiridas como el ACV y su impacto en la reintegración comunitaria, así como la falta de recursos y orientaciones claras para desarrollar

Fotografía: Profesional de la salud apoyando a un paciente en proceso de rehabilitación física

programas de rehabilitación basados en la evidencia. Este problema ha sido explícitamente señalado como una línea estratégica del Plan Nacional de Rehabilitación 2021-2030 (MINSAL, 2022).

Comprendiendo sus alcances, implicancias e impacto a nivel sanitario, el ACV forma parte de los objetivos estratégicos de la Estrategia Nacional de Salud para el logro de los Objetivos Sanitarios 2030.

En todas estas estrategias, se destaca la importancia de los procesos de rehabilitación en la evolución y manejo de las personas que sufren un ACV, sin embargo, no existen lineamientos específicos para rehabilitación en la etapa crónica, las recomendaciones para la fase aguda suelen ser limitadas y los recursos son insuficientes (MINSAL, 2013a, 2013b, 2018b). Esto resulta especialmente relevante considerando que según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, un 81,7% de las personas que han sufrido un ACV en Chile presentan secuelas con un nivel de alteración moderada a severa (MINSAL, 2018a).

4. RECOMENDACIONES PARA LA POLÍTICA PÚBLICA

Las recomendaciones que se presentan a continuación están orientadas a articularse dentro de un marco instrumental concreto que permita su implementación efectiva a nivel nacional. Se propone como eje articulador la elaboración de una guía clínica nacional para la rehabilitación post ACV, en base a la evidencia actual y las necesidades no cubiertas en la atención actual. Estas herramientas permitirían traducir las orientaciones técnicas en lineamientos normativos claros para los servicios de salud y los equipos clínicos en todos los niveles de atención.

Para facilitar su incorporación en la planificación sanitaria y la toma de decisiones, las recomendaciones han sido organizadas en cuatro ejes estratégicos: acceso, continuidad de la atención, efectividad de las intervenciones y consideraciones de costos. Cada uno de estos ejes aborda aspectos críticos para garantizar una rehabilitación integral, oportuna y sustentable, alineada con los estándares internacionales y las brechas detectadas en el sistema de salud chileno.

Acceso

- Toda persona que haya sufrido un ACV debe acceder tempranamente a servicios de rehabilitación, es decir dentro de las primeras 24 horas posteriores al evento, iniciando durante la hospitalización y continuando con atención ambulatoria y seguimiento. Estos servicios deben abordar las secuelas motoras, cognitivas, del lenguaje y conductuales, ya que impactan de manera significativa en la calidad de vida y la funcionalidad. Además, debe considerarse la evaluación de la red de apoyo y el entorno físico al que el paciente retornará tras el alta, puesto que ello permitirá intervenir precozmente sobre las barreras y potenciar los facilitadores para el desarrollo pleno del potencial de recuperación funcional del paciente.

- Las personas deben ser atendidas dentro de unidades especializadas en el manejo del ACV (Unidad de tratamiento en Ataque Cerebrovascular, UTAC). Estas unidades proveen monitorización fisiológica básica y rehabilitación precoz e intensiva, las que han demostrado con buena evidencia ser altamente efectivas en prevenir secuelas.

- Al alta hospitalaria el equipo de rehabilitación debe: i) desarrollar junto al paciente y familia/cuidadores un plan comprehensivo de alta enfocado en sus necesidades específicas y ii) se debe evaluar la necesidad de una visita al hogar para determinar seguridad y provisión de ayudas técnicas.

- Retorno a la comunidad: i) entrenamiento en estrategias de autogestión para implementar cambios en estilo de vida que reduzca la recurrencia de un nuevo ACV y ayude

Fotografía: En la imagen se observa a una profesional de la salud —identificada en su uniforme como fonoaudióloga— interactuando con un paciente. Ella viste uniforme clínico negro y porta una credencial colgada al cuello.

a adoptar estrategias para manejar cambios físicos y cognitivos, relaciones y participación en la comunidad; ii) para sobrevivientes que desean volver a trabajar, se debe ofrecer una evaluación que permita determinar habilidades requeridas por el trabajo. Se deberá ofrecer asistencia para retomar actividades laborales -visitas a lugar de trabajo e intervenciones en el trabajo; iii) ofrecer al paciente y sus parejas la posibilidad de obtener información sobre el impacto de un ACV en la sexualidad y discutir sus preocupaciones al respecto con un especialista; iv) se debe entregar información a todo sobreviviente que desee aprender a conducir, o volver a conducir, en relación con cómo diversos déficits post ACV pueden afectar dicha capacidad, y los requerimientos mínimos para conducir; d) proveer información específica y apoyo a cuidadores durante todas las etapas de la recuperación.

- Las personas tras un ACV deben ser atendidas por un equipo interdisciplinario coordinado y especializado. Usualmente el equipo está compuesto por profesionales de neurología, fisiatría, enfermería, kinesiología, fonoaudiología, terapia ocupacional, psicología clínica o neuropsicología. Sin embargo, se debe avanzar en la incorporación de disciplinas como nutrición, asistencia social, odontología, entre otras que permitan trabajar aspectos relevantes vinculados con la deglución y alimentación, cuidado de la salud oral y del manejo de la persona y su familia para su retorno a la comunidad.

Continuidad

- Se debe asegurar que la atención de la persona con ACV sea proporcionada tanto a nivel hospitalario, como en el seguimiento y ambulatorio.
- Es importante particularmente el seguimiento del paciente, desde lo hiperagudo a lo crónico para asegurar los ajustes pertinentes a sus necesidades de acuerdo a su evolución.
- Se debe avanzar en mejorar la articulación de la red de rehabilitación en ACV desde la hospitalización hasta la APS, asegurando una mejor coordinación intersectorial que dé cobertura a las necesidades de la persona con ACV y su entorno.

Efectividad

- Se recomienda rehabilitación en forma precoz e intensiva dentro de las primeras semanas. Se debe considerar al menos 3 horas diarias los 5 días de la semana, con sesiones de al menos 45 minutos de duración.
- La rehabilitación debe centrarse en las necesidades particulares de cada persona y contemplar estrategias destinadas a resolver dificultades relacionadas con impedimentos cognitivos, alteraciones sensoriales (visuales y auditivas), problemas deglutorios y alimentación, trastornos comunicativos, incontinencia, problemas en salud mental e impacto en el ánimo, dificultades en el movimiento y equilibrio, debilidad muscular y fatiga.
- La rehabilitación no sólo debe centrarse en el tratamiento del impedimento, sino que, basándose en un modelo biopsicosocial como la Clasificación Internacional de Funcionamiento y Discapacidad CIF, considerar ayudas y soporte en resolución de actividades de la vida diaria, entrenamiento a familiares y cuidadores incluyendo el uso de equipamiento, manejo de problemas de salud asociados al ACV a largo plazo, retorno laboral y a la actividad comunitaria a nivel social.

Fotografía: Profesionales de la salud trabajando en conjunto para apoyar la rehabilitación de un paciente.

- Se debe trabajar en protocolizar los procesos evaluativos en las distintas áreas deficitarias de acuerdo a la evolución del paciente desde lo hiperagudo a lo crónico, con el objetivo de generar evidencia de mayor calidad para recomendar los mejores instrumentos de evaluación formal en la distintas áreas y etapas de la persona con ACV.

- Se debe avanzar en la recomendación según la evidencia en las mejores intervenciones terapéuticas en las distintas áreas deficitarias, considerando estrategias compensatorias y reactivadoras, así como dosificación de ejercicios, tipo de ejercicios, entre otras.

- Se debe considerar el uso de tecnologías como dispositivos computacionales y equipamiento complementario, ya que la evidencia indica que permite facilitar los procesos de intervención permitiéndoles el entrenamiento de forma más autónoma y con mayor frecuencia.

- La telerehabilitación se recomienda como complemento a la terapia presencial, facilitando el acceso a servicios de rehabilitación cuando existen limitaciones geográficas o de recursos, o en su efecto, contribuir con una mayor intensidad y frecuencia de la misma.

Costos

Es fundamental reconocer que la rehabilitación de personas posterior a un ACV requiere una inversión estratégica y sostenida en el tiempo. Si bien los costos iniciales pueden ser altos, los beneficios a largo plazo justifican ampliamente los costos. Para maximizar su impacto, se recomienda:

- Diseñar y asignar recursos humanos, económicos y tecnológicos para la rehabilitación de personas con ACV de manera estratégica, sustentada en evidencia científica y criterios de costo-efectividad. Esta inversión debe priorizar la conformación de equipos interdisciplinarios capacitados en el abordaje integral, así como garantizar continuidad de atención desde la etapa hospitalaria hasta la comunidad. La evidencia internacional muestra que estas estrategias reducen significativamente la dependencia a largo plazo, los reingresos hospitalarios y los costos asociados a cuidados informales, mejorando a su vez la calidad de vida y productividad de las personas afectadas.

Las recomendaciones presentadas en este policy brief buscan visibilizar, desde la evidencia disponible, la relevancia de fortalecer la rehabilitación de las personas con ACV en la red de atención, así como reflexionar sobre su impacto en la calidad de vida de las personas y en los costos sociales asociados. En este marco, se proponen lineamientos técnicos y estratégicos para orientar futuras acciones de política pública, incluyendo el desarrollo de instrumentos como una guía de práctica clínica para la rehabilitación post ACV. Esta guía, cuyo liderazgo correspondería al Ministerio de Salud a través de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), debiera construirse con la participación de equipos interdisciplinarios de rehabilitación, representantes de FONASA y otros actores clave del sistema, con el fin de unificar criterios y promover una atención integral, continua y de calidad a lo largo de todas las etapas del proceso de rehabilitación de las personas con ACV.

5. MATERIAL DE CONSULTA Y REFERENCIA

Albrecht, D., Wollensak, T., Ernst, C., Becker, C., Hautzinger, M., & Pfeiffer, K. (2016). Costs of informal care in a sample of German geriatric stroke survivors. European Journal of Ageing, 13(1), 49–61. https://doi.org/10.1007/s10433-015-0356-x

Bächler, R., Icaza, G., Soto, A., Núñez, L., Orellana, C., Monsalve, R., & Riquelme, M. (2017). Epidemiology of premature deaths in Chile between 2001 and 2010. Revista medica de Chile, 145(3), 319–326. https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000300005

Crow, J., & Smith, A. (2023). National Clinical Guideline for Stroke for the United Kingdom and Ireland: Part I – An overview of the updated recommendations. The British Journal of Occupational Therapy, 86(10), 661–664. https://doi.org/10.1177/03080226231188020

DEIS. (2023). Estadística Trimestral de Casos GES (AUGE) de Fonasa y Sistema Isapre – diciembre 2023. Departamento de Estadisticas e Información de Salud. https://www.superdesalud.gob.cl/tax-temas-de-orientacion/garantias-explicitas-en-salud-ges-1962/#acordeonDocumentos

Edwards, J. D., Kapoor, A., Linkewich, E., & Swartz, R. H. (2018). Return to work after young stroke: A systematic review. International Journal of Stroke: Official Journal of the International Stroke Society, 13(3), 243–256. https://doi.org/10.1177/1747493017743059

INRPAC. (2005). Sistematización Rehabilitación con base comunitaria. INRPAC. https://www.senadis.gob.cl/descarga/i/239/documento

Lavados, P. M., Hoffmeister, L., Moraga, A. M., Vejar, A., Vidal, C., Gajardo, C., Portales, B., San Martín, D., Lopez, E., Rojo, A., Olavarria, V. V., Almeida, J., Brunser, A. M., Muñoz Venturelli, P., Diaz, V., Hoppe, A., & Sacks, C. (2021). Incidence, risk factors, prognosis, and health-related quality of life after stroke in a low-resource community in Chile (ÑANDU): a prospective population-based study. The Lancet. Global Health, 9(3), e340–e351. https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30470-8

MINSAL. (2010). Orientaciones Metodológicas Para El Desarrollo De Las Estrategias De Rehabilitación En A.P.S. https://www.senadis.gob.cl/descarga/i/225/documento

MINSAL. (2013a). GES 37. Guía clínica AUGE: accidente cerebro vascular isquémico en personas de 15 años y más. Santiago. http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/476/Accidente-Cerebro-Vascular-Isquemico-2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y

MINSAL. (2013b). GES 42. Hemorragia Subaracnoidea Secundaria a ruptura de Aneurismas Cerebrales. Santiago. https://www.saludtarapaca.gob.cl/wp-content/uploads/2023/12/42-Hemorragia-Subaracnoidea.pdf

MINSAL. (2013c). Problema de salud AUGE N°37 Accidente Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 años y más. MINSAL. https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637e58646e04001011f014e64.pdf

MINSAL. (2018a). INFORME ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2016-2017 Funcionamiento y Discapacidad. Subsecretaría de Salud Pública, Santiago. https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Informe-Discapacidad-ENS-2016-17_final.pdf

MINSAL. (2018b). RESUMEN EJECUTIVO . Guía de Práctica Clínica Ataque Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 años y más. Diprece. https://diprece.minsal.cl/

MINSAL. (2020). CÓDIGO ACV Manual para Servicios de Urgencia. https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/MANUAL-DE-BOLSILLO_ACV-2020.pdf

MINSAL. (2021). Modelo de Gestión de la Red Neurológica en la atención de las personas con ACV. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/03/Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Neurol%C3%B3gica-en-la-atenci%C3%B3n-de-las-personas-con-ACV.pdf

MINSAL. (2022). Plan Nacional de Rehabilitación 2021-2030 (Consulta Pública). MINSAL . https://rehabilitacion.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Plan-Nacional-de-Rehabilitacion-2021-2030-version-web.pdf

Mountain, A., Patrice Lindsay, M., Teasell, R., Salbach, N. M., de Jong, A., Foley, N., Bhogal, S., Bains, N., Bowes, R., Cheung, D., Corriveau, H., Joseph, L., Lesko, D., Millar, A., Parappilly, B., Pikula, A., Scarfone, D., Rochette, A., Taylor, T., … Cameron, J. I. (2020). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, recovery, and Community Participation following stroke. Part two: Transitions and Community Participation following stroke. International Journal of Stroke: Official Journal of the International Stroke Society, 15(7), 789–806. https://doi.org/10.1177/1747493019897847

NCD Alliance. (2022). Acting on stroke and noncommunicable diseases. Switzerland. https://www.world-stroke.org/assets/downloads/Acting_on_Stroke_and_NCDs_2022_PolicyBrief_Final_for_web.pdf

NICE. (2023). Overview | Stroke rehabilitation in adults | Guidance | NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/ng236

O'Donnell, M. J., Xavier, D., Liu, L., Zhang, H., Chin, S. L., Rao-Melacini, P., Rangarajan, S., Islam, S., Pais, P., McQueen, M. J., Mondo, C., Damasceno, A., Lopez-Jaramillo, P., Hankey, G. J., Dans, A. L., Yusoff, K., Truelsen, T., Diener, H.-C., Sacco, R. L., … INTERSTROKE investigators. (2010). Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. Lancet, 376(9735), 112–123. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)60834-3

Rochmah, T. N., Rahmawati, I. T., Dahlui, M., Budiarto, W., & Bilqis, N. (2021). Economic burden of stroke disease: A systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(14), 7552. https://doi.org/10.3390/ijerph18147552

Stroke Foundation. (n.d.). Living Clinical Guidelines for Stroke Management. InformMe. Retrieved December 23, 2024, from https://informme.org.au/guidelines/living-clinical-guidelines-for-stroke-management

Stroke Foundation. (2021). Australian and New Zealand Clinical Guidelines for Stroke Manageme. Melbourne, Australia. https://files.magicapp.org/guideline/4ae82c3c-1f47-4f2a-8cc2-a0f2e1e5d6fa/published_guideline_6172-8_1.pdf

Teasell, R., & Mbbs, N. H. (2018a). Background Concepts in Stroke Rehabilitation. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation. http://www.ebrsr.com/evidence-review/3-background-concepts-stroke-rehabilitation

Teasell, R., & Mbbs, N. H. (2018b). Clinical Consequences of Stroke. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation. http://www.ebrsr.com/evidence-review/2-clinical-consequences-stroke

Teasell, R., Salbach, N. M., Foley, N., Mountain, A., Cameron, J. I., Jong, A. de, Acerra, N. E., Bastasi, D., Carter, S. L., Fung, J., Halabi, M.-L., Iruthayarajah, J., Harris, J., Kim, E., Noland, A., Pooyania, S., Rochette, A., Stack, B. D., Symcox, E., … Lindsay, M. P. (2020). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, recovery, and Community Participation following Stroke. Part one: Rehabilitation and Recovery Following Stroke; 6th edition update 2019. International Journal of Stroke: Official Journal of the International Stroke Society, 15(7), 763–788. https://doi.org/10.1177/1747493019897843

Vyas, M. V., Hackam, D. G., Silver, F. L., Laporte, A., & Kapral, M. K. (2016). Lost productivity in stroke survivors: An econometrics analysis. Neuroepidemiology, 47(3-4), 164–170. https://doi.org/10.1159/000454730

Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J., Pugh, S., Reeves, M. J., Richards, L. G., Stiers, W., Zorowitz, R. D., & American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American stroke association: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American stroke association. Stroke; a Journal of Cerebral Circulation, 47(6), e98–e169. https://doi.org/10.1161/str.0000000000000098

VID INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN CREACIÓN ARTÍSTICA
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
UNIVERSIDAD DE CHILE

Comité Editorial Rodrigo Soto, Cecilia Baginsky, Mireya Dávila, Lorena Rodríguez-Osiac, Mariela Ravanal, Andrea Peroni y Pablo Riveros

Edición: Pía Torres

Asistente de edición: Victoria Pérez

Diseño original: Alicia San Martín

Diseño y Diagramación: Macarena Rivas

POLICY•BRIEF

Como citar este documento:

Toledo-Rodríguez, L., Casanova-Román, M., Álvarez-Espinoza, E., Delgado-Derio, C., Vallejos-González, J., Larenas-Rosa, D., Rivero-Lillo, G., Manzur, H. & Salas-Riquelme, C. (2025). *Rehabilitación en personas tras un ataque cerebrovascular (ACV): Hacia dónde debemos avanzar [Policy brief]. Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile.*

Los contenidos y opiniones expresados en este documento son de exclusiva responsabilidad de sus autores/as y no necesariamente reflejan la postura institucional de la Universidad de Chile o de las entidades vinculadas.

POLICY • BRIEF